

ANNÉE 1951

N°

THÈSE

1228

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

VINCENS Guy

né le 9 Mars 1923, à Mayence (Hesse-Rhénane)
Ancien Élève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1951

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES SARCOMES
DU CORPS DE L'UTÉRUS
(A propos de 3 nouvelles observations)

Président : M. CORDIER, Professeur

Imprimerie Industrielle
de l'Orléanais
26, boulevard de Châteaudun
Orléans Tél. 73-10

1952

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

VINCENS Guy

né le 9 Mars 1923, à Mayence (Hesse-Rhénane)

Ancien Élève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1951

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SARCOMES DU CORPS DE L'UTÉRUS (A propos de 3 nouvelles observations)

Président : M. CORDIER, Professeur

Imprimerie Industrielle
de l'Orléanais
26, boulevard de Châteaudun
Orléans Tél. 73-10

1952



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153323_0051

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Guillain, Hartmann, Harvier, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquet, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN.

ASSESEUR

Léon BINET

Jean VERNE

Membre de l'Institut

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie		OLIVIER (E.).
Anatomie pathologique		DELARUE.
Bactériologie		GASTINEL (P.).
Biologie médicale		VERNE (J.).
Cancérologie médicale et sociale		HUGUENIN (R.).
Carcinologie		OBERLING (C.).
Chimie médicale		POLONOVSKI (M.).
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu	BROCQ (P.).
	Saint-Antoine	CADENAT (F.).
	Salpêtrière	MONDOR (H.).
	Cochin	QUENU (J.).
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique		MERLE D'AUBIGNE (R.).
Clinique de cardiologie		DONZELOT (E.).
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie		FEVRE (M.).
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MONOD (R.).
Clinique de la tuberculose		BERNARD (E.).
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D.).
Clinique de puériculture		LELONG (M.).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS.
Clinique des maladies du sang		CHEVALLIER (P.).
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.).
Clinique des maladies des enfants		DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (F.).
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.).
Clinique gynécologique		FUNCK BRENTANO
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu	BENARD (H.).
	Bichat	LAROCHE (G.).
	Cochin	HARVIER (P.).
	Pitié	LIAN (C.).
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		JUSTIN-BESANÇON (L.).
Clinique médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY-RADOT (L.).
Cliniques obstétricales	Tarnier	LANTUEJOUL (P.).
	Baudelocque	LEVY-SOLAL (E.).
	Port-Royal	LACOMME
Clinique ophtalmologique		VELTER (E.).
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)		RICHTET (C.).
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C.).
Clinique rhumatologique		COSTE (F.).
Clinique stomatologique		DECHAUME (M.).
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J.).
Clinique thérapeutique médicale		CHABROL (E.).
Clinique urologique		FEY (B.).
Embryologie		GIROUD (A.).
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MOUGUIN.
Histologie		CHAMPY (C.).
Génétique		LAMY (C.).

Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.).
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.).
Médecine du travail	DESOILLE (H.).
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.).
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GAILLIARD (H.).
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.).
Pathologie exotique	LAVIER (G.).
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.).
Pathologie médicale	BARIETY.
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.).
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.).
Physiologie	BINET (L.).
Physique médicale	STROHL (A.).
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.).
Thérapeutique	TURPIN (R.).

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFÉRENCE-AGRÉGÉS ET AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	{ CORDIER (J.-C.). Pr. s. ch. DEBEYRE (J.). DELMAS (A.). GAUTHIER-VILLARS. (Mlle P.).	Pathologie chirurgicale	{ HUGUIER (J.). LAURENCE (G.). LEGER (L.). OLIVIER (Cl.). PADOVANI (P.). POILLEUX (M.). ROUX (M.). RUDLER (J.-C.). VERNE (J.-M.).
Anatomie pathologique	{ Pr. s. ch. BUSSE (F.). FASQUELLE (R.). NEVOT (A.).	Pathologie expérimentale	{ MERKLEN (P.). BERNARD (J.). BOUDIN (G.). CASTAIGNE (P.). CONTE (M.). DECOURT (J.). DOMART (A.). DREYFUS (Gh.). FAUVERT (R.).
Bactériologie	{ BOURLIERE (F.). ETTORI (J.). Pr. s. ch.		
Biologie médicale	{ JAYLE (M.-F.). Pr. s. ch. SCHAPIRA (G.).		
Chimie médicale	{ Pr. s. ch. SCHAPIRA (G.).		
Dermato-Syphiligraphie	{ BULLIARD (H.). Pr. s. ch.	Pathologie médicale	{ HAMBURGER (J.). KOURILSKY (R.). MAURIC (G.). MILLIEZ (P.). PERRAULT (M.). RAMBERT (P.). THIEFFRY (St.). TURIAF (J.).
Histologie	{ COUJARD (R.). DESCLAUX (P.). DEBRAY (C.).		
Hydrologie	{ BOYER (J.). DEPARIS (M.).		
Hygiène	{ DEROBERT (L.). GAULTIER (J.).		
Médecine légale	{ N... SEZE (S. de).	Pédiatrie	{ MARIE (J.). LEVY (M ^{me} J.). Pr. s. ch. CHEYMOL (J.-H.). Pr. s. ch.
Neurochirurgie	{ GRASSET (J.). LEPAGE (F.). MAYER (M.).		
Neurologie	{ MERGER (R.). RAVINA (J.). VARANGOT (J.).		
Obstétrique	{ OFFRET (G.). DESVIGNES (P.). HALPHEN (E.).		
Ophthalmologie	{ Pr. s. ch. MADURO (R.). BRUMPT (L.).	Physiologie	{ BARGETON (D.). PARROT (J.-L.). DOGNON (A.). Pr. s. ch.
Oto-rhino-laryngologie	{ Pr. s. ch. MADURO (R.). BRUMPT (L.).		
Parasitologie	{ CHABAUD.		
Parasitologie coloniale ff.	{ ABOULKER (P.). BAUMANN (J.). GBOSSET (J.).		
Pathologie chirurgicale	{ ABOULKER (P.). BAUMANN (J.). GBOSSET (J.).	Physique médicale	{ DJOURNO (A.). GOUGEROT (L.). BARUK (H.). MICHAUX (L.). CHAPUT (M ^{me} A.). PERRAULT.
		Psychiatrie	
		Psychiatrie infantile	
		Stomatologie	
		Thérapeutique	
		Urologie	

chargé de l'enseignement

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXTÉRIEUR pour le service des examens

MM. BASSET (A.) Pathologie chirurgicale, BRINDEAU (A.) Obstétrique,
GATELLIER (J.) Clinique chirurgicale, LE LORIER (V.) Obstétrique,
VAUDESCAL (R.) Obstétrique.

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . . .	{ AMELINE (A.).	Clinique médicale . . .	{ LENEGRE (J.).
	{ MENEGAUX (G.).		{ MARCHAL (G.).
	{ PATEL (J.).		{ SOULIE (E.).
	{ SICARD (A.).		{ DIGONNET (L.).
Clinique médicale . . .	{ BOULIN (R.).	Clinique obstétricale . . .	{ ECALLE (G.).
	{ BROUET (G.).		{ LACOMME (M.).
	{ CACHERA (R.).		Clinique ophtalmologique. RENARD (G.).
	{ GARCIN (J.).		Clinique urologique . . COUVELAIRE (R.).
	{ HAGUENAU (M.).		

	MM.
Secrétaire de la Faculté	MOREL (J.).
Secrétaire-adjoint	M ^{lle} CHAINTREUIL (G.).

Bibliothécaire en Chef	Docteur HAHN (A.).
Bibliothécaires	{ M ^{lles} DUMAITRE (P.), GUICHON (A.-M.),
	{ LAURENT (H.), LE NOIR (G.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions dans les dissertations qui lui sont présentées ; doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORDIER G.-J.

Professeur d'Anatomie,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

*qui nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse.*

Hommages respectueux.

A MON PERE

LE LIEUTENANT-COLONEL VINCENS,
Officier de la Légion d'Honneur.

A MA MERE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES CHEFS

A MES CAMARADES ET A TOUS LES MIENS.

AU MEDECIN-CHEF DE L'HOPITAL MILITAIRE BEGIN

qui n'a cessé de nous manifester la bienveillance la plus large pendant notre stage.

AU MEDECIN-COLONEL PARNET

Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

qui n'a cessé de nous manifester sa bienveillance paternelle et de nous prodiguer ses précieux conseils pendant notre stage à l'hôpital Bégin. Nous sommes heureux de lui dédier ce travail avec l'expression de notre profonde gratitude, en témoignage de notre affectueuse reconnaissance.

AU MEDECIN-COMMANDANT MOUGENOT

Professeur agrégé du Val-de-Grâce,

*pour les conseils éclairés qu'il nous a
prodigués dans l'élaboration de ce travail
et l'intérêt tout bienveillant qu'il nous a
témoigné.*

AU MEDECIN-COMMANDANT SARLIN

Professeur agrégé du Val-de-Grâce,

*qui nous a toujours manifesté sa bien-
veillance et ses précieux conseils.*

AU MEDECIN LIEUTENANT-COLONEL CONZE

en remerciement de ses bons conseils.

A MON BEAU-PERE LE DOCTEUR DUVAL

Médecin phtysiologue de l'Hôtel-Dieu d'Orléans,

*pour les conseils et les encouragements
paternels qu'il n'a cessé de nous prodiguer.*

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES.

Introduction

Les publications concernant les sarcomes utérins ont été nombreuses. Mais il est impossible d'en dégager une vue d'ensemble au point de vue clinique, histologique et diagnostic.

La thérapeutique elle-même reste toujours sujette à discussion.

A propos de trois cas de léiomyosarcomes, relevés au cours de ces dernières années dans le Service de Gynécologie-Maternité de l'Hôpital Militaire Bégin, nous essayerons de préciser successivement : la clinique et le diagnostic de ces néoplasies à la fois rares et redoutables.

Nous envisagerons également leur traitement.

Ces observations ont été recueillies par le Médecin-Commandant MOUGENOT, professeur agrégé du Val-de-Grâce et par le Médecin-Commandant SARLIN, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Les examens histologiques ont été faits par le Médecin Lieutenant-Colonel CONZE, Chef du Laboratoire de Bactériologie.

Nous remercions particulièrement M. le Professeur MOULONGUET d'avoir bien voulu examiner nos coupes histologiques et confirmer notre diagnostic.

Historique

Primitivement, le terme de sarcome était employé pour désigner toute tumeur vasculaire, voir même à caractère inflammatoire. Ce fut LEBERT qui fut le premier à différencier le cancer mésentérique du cancer épithélial en se basant sur l'examen histologique.

Après lui, de nombreux auteurs précisèrent les caractères propres du sarcome. Parmi ceux-ci VIRCHOW tenta, en 1865, d'établir une classification de ces tumeurs, en décrivant parmi les sarcomes de la muqueuse, une forme infiltrée et une forme polypoïde.

Dès 1837, HUTCHINSON et CALLENDER avaient publié des cas de « fibromes » récidivants qui donnaient des métastases.

ANDERSON et EDMANSSON, en 1869, remarquèrent la présence de noyaux sarcomateux à l'intérieur d'un fibrome.

La connaissance des sarcomes fit un nouveau pas, en 1870, avec GUSSEROW qui décrivit les fibro-sarcomes et les sarcomes de la muqueuse. Aussitôt après, on vit s'accumuler, surtout à l'étranger, de nouvelles observations de sarcomes.

PEAN publia, en 1877, un cas de sarcome diffus de la muqueuse.

TERILLON, en 1890, après avoir rassemblé de nombreuses observations, pensait que le sarcome prenait naissance aux dépens du tissu conjonctif soutenant les fibromes.

PICQ étudiait l'histogénèse du sarcome, en même temps VON KAHL-DEN, en 1893, émettait l'hypothèse d'une transformation maligne du fibrome. Un an plus tard, WILLIAMS vérifiait cette hypothèse et en publiait un cas. Cette transformation fut étudiée en France par PAVIOT et BERARD, en 1897.

En 1898, paraissaient plusieurs observations de sarcomes fusocellulaires grâce à HYENNE, GLANTENAY et MARIE.

En 1905, paraissait une importante étude de PICQUANT sur la pathogénie de ces tumeurs.

R. MEYER complète cette documentation en 1908. La même année paraissait une observation de tumeur mixte avec PUECH, MASSABAU et HERB, en 1910, en rapportait 8 cas.

PERDRIGE, en 1911, publiait une observation d'épithélio-sarcome.

AUGIER, en 1912, MURRAY et LITTLE, en 1914, étudièrent les tumeurs mixtes.

CHAVANNAZ et NADAL apportèrent, en 1920, une observation d'adénomyo-sarcome et d'épithélio-sarcome de l'utérus.

En 1922, LEROUX et ROUSSY concluaient à une nature dualiste des épithélio-sarcomes.

En 1926, GRYNFELT, contrairement à ce que pensait RIBBERT, montrait que les fibres musculaires lisses pouvaient donner des cellules sarcomateuses banales.

VON KUTTNER, étudiait également, en 1926, la transformation des myomes en sarcomes et DANNREUTER concluait, en 1928, que cette dégénérescence se produisait rarement.

Comme ROUSSY, EWING émettait une théorie dualiste pour l'origine des épithélio-sarcomes.

En 1929, OBERLING apportait une observation, montrant la coexistence, sur un même utérus, d'un rhabdo-myosarcome et d'un épithélioma cylindrique.

NEWEIL et MÖNCH publiaient deux observations analogues. Le traitement radiothérapique de ces tumeurs avait été envisagé par LACASSAGNE en 1920. Tandis que DUSTIN étudiait l'action de la télécuriethérapie.

BECLERE et REGAUD observaient des résultats diamétralement opposés avec ce traitement.

MOULONGUET et DOBKIEWITCH entreprirent une classification de ces tumeurs de l'utérus en sarcomes du corps et sarcomes du col, selon leurs caractères histologiques.

R. MEYER, dans une étude anatomo-pathologique très poussée, sépara nettement les sarcomes de l'utérus, des tumeurs mixtes et des endothéliomes malins.

En 1931, LEROUX et PERROT rapportèrent un cas d'épithélio-sarcome.

UNBEHAM, en 1932, trouva 8 survies parmi 12 cas de sarcomes.

BOBBIO apporta une nouvelle observation d'épithélio-sarcome.

En 1934, JOIVIN se basant sur 6 observations, publiait le résultat de la radiothérapie.

REEB observa chez une même malade, un sarcome de l'utérus et un épithélioma de l'ovaire.

Se basant sur un travail portant sur 13 ans, KLAFTEN et NAVRATIL remarquèrent que les sarcomes développés aux dépens d'un myome, comportent un pronostic meilleur que les sarcomes primitifs.

En 1936, DELANNOY relata 4 cas de sarcomes.

En 1937, BOUNIOL donna 6 observations de sarcomes dont : 3 sarcomes fibroblastiques, 1 sarcome polymorphe, 1 sarcome lymphoblastique et 1 épithélio-sarcome.

NOVAK et ANDERSON firent une étude clinique du sarcome de l'utérus.

MONTPELLIER, en 1938, classa ces tumeurs en myosarcomes typiques, en sarcomes léioblastiques et myosarcomes atypiques qui correspondent aux sarcomes indifférenciés des auteurs.

BOUDREAUX, en 1945, donna 5 observations de sarcomes du corps.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° CLASSIFICATION.

Les sarcomes utérins se présentent sous des aspects différents selon leur siège. Comme pour les sarcomes du col, il faut distinguer un point de départ muqueux et un point de départ parenchymateux.

Dans cette étude nous n'envisagerons que les sarcomes du myomètre.

Sarcomes développés aux dépens du parenchyme. — On les rencontre le plus souvent chez la femme âgée ou au voisinage de la ménopause.

Leur volume est variable, mais peut atteindre des dimensions considérables, jusqu'à emplir tout l'abdomen, après avoir envoyé des métastases sur les organes voisins.

Il existe une forme circonscrite et une forme diffuse.

1° Parmi les **sarcomes circonscrits** on envisage trois variétés :

Sarcome sous-séreux. — Il se présente comme un fibrome sessile. Ses dimensions peuvent être importantes. Les métastases sont fréquentes et rapides.

Sarcome sous-muqueux. — Il tend à s'extérioriser sous une forme polypoïde.

Sarcome de la paroi. — C'est une tumeur aux limites généralement nettes de consistance dure. Des dégénérescences myomateuses ou polykystiques viennent souvent modifier son aspect.

Dans ce dernier cas, ce sont des tumeurs régulières, dont la surface n'est pas bosselée. Les parois sont très minces et elles contiennent un liquide jaunâtre.

2° **Sarcomes diffus.** — On les rencontre beaucoup plus rarement. Leur volume est tel qu'ils simulent parfois une grossesse. Certains atteignent 19 kg. Ils attaquent également la muqueuse, la musculuse et agrandissent la cavité utérine.

Très rarement le myomètre est truffé de noyaux sarcomateux.

Du point de vue histologique, ils sont souvent fuso-cellulaires, parfois globo-cellulaires. Certains contiennent des tissus hétérotopiques, qui les font ressembler à des tumeurs mixtes et rendent plus difficile le diagnostic.

Le diagnostic de ces tumeurs est souvent tardif. Le pronostic est rendu sévère à cause de la fréquence des métastases.

Ce sont des tumeurs charnues, massives, de teinte grisâtre. Leur consistance est variable, mais cependant plus molle que celle des myomes. Ils sont généralement moins fibroïdes que ces derniers.

Leurs limites, nettes au début, ne tardent pas à disparaître au fur et à mesure de leur évolution.

Leur surface, rapidement ulcérée, présente des hémorragies et des zones sphacélées, qui expliquent les pertes sales et fétides.

A la coupe, ils présentent parfois des zones nécrotiques, hémorragiques ou œdémateuses. Parfois même, ils revêtent un aspect pseudo-kystique.

2° ASPECT MICROSCOPIQUE.

L'étude histologique de ces néoplasies est très délicate. Leur parenchyme présente une anarchie bien plus grande que celui des épithélioma.

Un prélèvement insuffisant peut faire porter à tort le diagnostic de sarcome sur des images fusiformes et tourbillonnantes appartenant en fait à un épithélioma atypique.

Ces tumeurs sont souvent remaniées secondairement par des phénomènes d'ordre inflammatoire ou vasculaire. Des nappes d'œdème peuvent en dissocier les éléments.

Diverses descriptions des sarcomes utérins ont été proposées :

KERNEIS M.-S.-P. classe ces tumeurs en deux catégories : d'une part, les sarcomes du myomètre (ils comprennent les léiomyosarcomes et les rhabdomyosarcomes). D'autre part, les sarcomes de l'endomètre ou du chorion cytogène. Il y distingue plusieurs formes selon la formule et la différenciation de la substance fondamentale :

Les sarcomes à cellules rondes histiocytaires ;

Les sarcomes à substance mixoïde ;

Les sarcomes à substance cartilagineuse ou osseuse que les auteurs anglo-saxons appellent tumeurs mixtes mésodermiques à tissus hétérogènes.

MOULONGUET sépare les sarcomes du corps utérin en deux catégories :

— les sarcomes indifférenciés :

— les léiomyomes malins auxquels il joint les myomes suspects de malignité.

Le sarcome indifférencié. — Ressemble à une culture de tissus. Il est constitué par des cellules embryonnaires et présente un grand polymorphisme. Ses cellules se disposent radialement autour des vaisseaux et s'organisent en noyaux isolés ou bien envahissent tout le myomètre.

Le myosarcome typique. — Il est souvent très difficile de le distinguer du myome bénin. JACQUIN relate un cas de « fibrome » récidivant après l'intervention. Cette néoplasie ne montrait aucune atypie cellulaire, mais le tissu connectif faisait presque entièrement défaut.

Il faut cependant noter que les noyaux présentent des monstruosité et des figures de mitoses.

Il est assez fréquent de voir côte à côte des cellules musculaires lisses et des cellules au stade embryonnaire.

La coloration de VAN GIESON permet de mettre en évidence les myofibrilles et facilite le diagnostic.

Le fibrome suspect de malignité. — Pose de gros problèmes : ni son évolution clinique, ni l'examen histologique ne permettent d'affirmer la malignité.

Ce sont des « fibromes » qui augmentent rapidement de volume à la ménopause, et qui changent de consistance.

Les cellules sont tassées les unes contre les autres. Et là encore, il est possible de constater des anomalies nucléaires.

OBSERVATION 1

Mme R..., 37 ans. Consulte le 28 mai 1948 pour des **méno-métror-ragies**. Elle a déjà consulté un chirurgien qui a porté le diagnostic de fibrome utérin.

En fait, elle a toujours présenté une hyperménorrhée (règles de 7 jours, abondantes, avec quelques caillots).

Elle présente, en outre, une crise intermenstruelle depuis quelques mois où la leucorrhée s'accompagne de filets sanglants.

Elle n'a aucun trouble fonctionnel douloureux, aucun syndrome vésical, ni trouble du transit intestinal malgré un fibrome utérin important.

L'examen gynécologique révèle en effet :

Une tumeur du volume d'un plampemousse siégeant sur le corps utérin, dure, mobile.

Les annexes et le col sont sains.

Par ailleurs, elle n'a aucun passé pathologique. Elle a trois enfants, ses accouchements et suites de couches ont été normaux.

En raison de l'état général excellent et du seul trouble hémorragique, un traitement hormonal est prescrit pendant trois mois, avec 150 mmg. de Testostérone par cycle.

Le 20 septembre 1948, soit quatre mois plus tard, la malade revient sans aucune amélioration. Les ménorragies, au contraire, s'aggravent. Les caillots sont plus abondants.

L'examen révèle un utérus plus volumineux à tel point que malgré les dires de la malade, on pense à la **possibilité d'une grossesse associée**.

Une réaction de FRIEDMANN est négative.

Il n'existe aucune atteinte de l'état général, ni douleurs, ni troubles de compression.

Les examens de sang et d'urine sont normaux.

Une hystérographie (Médecin Commandant ROUQUET) montre :

- Utérus volumineux, latéro-dévié à droite.
- La cavité utérine est envahie par de nombreuses et volumineuses images lacunaires ayant tantôt un aspect grossièrement lobulé (au niveau du fond), tantôt des contours flous et imprécis (surtout sur le bord gauche).

L'aspect radiologique évoque trois possibilités :

- rétention placentaire ;
- myomatose ;
- néoplasie (cette dernière éventualité paraissant la plus vraisemblable).

Cet examen fait décider une intervention rapide.

Le 18 novembre 1948 : **Hystérectomie subtotale**.

La pièce opératoire montre une masse volumineuse sur la face antérieure du corps utérin.

L'énucléation montre qu'il s'agit d'un myome intra-mural d'apparence banale, **facilement clivable**.

Les coupes révèlent au centre de ce myome une petite zone du volume d'une cerise d'aspect nécrotique, qui semble très suspecte.

En résumé :

Malade de 37 ans. Bon état général.

Antécédents : Hyperménorrhée.

La séméiologie se résume à :

- des ménorragies,
- un gros fibrome sans signes de compression,
- une augmentation rapide du volume utérin faisant suspecter une grossesse.

FRIEDMANN négatif :

- échec de l'hormonothérapie.

Le laboratoire répond : **léiomyosarcome**.

OBSERVATION 2

Madame M..., 54 ans. Consulte pour la première fois, le 24 octobre 1949, pour métrorragies, une leucorrhée abondante et nauséabonde, un état subfébrile et des douleurs abdominales survenant par crises.

Ces troubles datent de deux mois.

Elle a un long passé pathologique, dont de multiples cicatrices abdominales marquent les étapes :

Appendicectomie, cholécystectomie, réintervention pour libération d'adhérences.

Elle a toujours souffert de troubles digestifs, mis sur le compte de colite, appendicite chronique, cholécystite.

Il y a trois mois, fracture ouverte de la jambe gauche, opérée. Actuellement, très bien consolidée.

C'est durant son hospitalisation dans le service de chirurgie générale, qu'a commencé l'histoire actuelle :

— Leucorrhée abondante et fétide, puis,

— Pertes rosées.

A cette époque, l'examen montrait un utérus normal et un col sain. Une biopsie avait été différée, étant donné l'immobilisation imposée par la fracture.

A la consultation dans le service de gynécologie, la malade présente des douleurs à type de subocclusion : coliques aiguës durant une demi-heure ou une heure, avec ballonnement abdominal, gargouillements, que la malade compare à des crises hépatiques anciennes. Leur siège est toutefois sous-ombilical.

Elle présente, en outre, des signes de rétention de gaz. Les crises, qui surviennent de une à trois fois par jour, cèdent spontanément ou se calment avec l'atropine intra-veineuse.

Son état général est médiocre : température 38°, pouls 90, amaigrissement important.

L'examen révèle :

Une leucorrhée fétide, nauséabonde, abondante, obligeant la malade à porter une garniture. (Cette leucorrhée n'a pas été influencée par la pénicillinothérapie durant son hospitalisation précédente). Cette leucorrhée est striée de sang, mais sans métrorragie importante, ni caillots.

L'utérus est énorme (volume d'une grossesse de quatre mois). Il a conservé sa forme générale. Il est mou, sans noyaux myomateux perçus, douloureux, mobile au palper abdominal. Les annexes ne sont pas perçues.

Cette malade n'a, par ailleurs, aucun passé gynécologique. A signaler une stérilité primaire non traitée.

Ses règles étaient normales. Elle était ménopausée depuis deux ans. Cette ménopause ne s'est accompagnée d'aucun trouble sérieux.

Les divers examens révèlent :

Sang : G. R. : 4 600 000.

G. B. : 12 700 poly. éosino. 17 ‰.

V. S. : 45-82 V. m. h. : 43 mm.

Urée : 0,28.

Urines : normales.

T. S. : 6' 1/2.

T. C. : 4'.

Le 25 octobre 1949 : A l'aide d'une curette de NOVAK, on ramène quelques bourgeons intra-utérins très suspects.

Le laboratoire répond : sarcome.

Le 28 octobre 1949 : **Hystérectomie totale.** Drainage vaginal.

Il s'agit d'une énorme tumeur. A la coupe, on voit d'énormes noyaux intra-muraux. Aspect de fibromyomes dégénérés mollasses.

Suites opératoires simples. L'hystérectomie a fait tomber la température à la normale.

Radiothérapie.

La malade est suivie régulièrement. Son état général est excellent. Il n'existe aucun phénomène abdominal ou pelvien anormal.

Le 13 juin 1950, soit huit mois après, la malade constate la présence de sang dans ses selles.

L'examen clinique abdominal est normal.

Le toucher rectal, une rectoscopie et un lavement baryté ne montrent rien d'anormal.

Examen de sang : G. R. : 4 986 000.

G. B. : 8 800. éosino 1 ‰.

Examen de selles : pas de parasites.

Albumine dans les urines : 0.

Radiographie de la colonne vertébrale : 0.

Revue récemment : parfait état général.

En résumé :

Malade de 54 ans :

Antécédents : Stérilité,

Ménopause,

Cholécystectomie,

Adhérences.

Séméiologie : Début rapide (vue par un chirurgien un mois avant son entrée : utérus normal).

(1 mois après grossesse 4 mois).

2° Mauvais état général : Température 38°,
Amaigrissement rapide,
Subocclusion,
G. B. : 12 400,
V. S. : 45-82.

3° Douleurs.

4° Leucorrhée nauséabonde (pas d'action des antibiotiques).

5° Métrorragies.

Malade revue 2 ans plus tard.

Histologiquement : léiomyosarcome.

OBSERVATION 3

Madame P... Suzanne, 52 ans. Vue en consultation le 2-2-49. Adressée avec le diagnostic de fibrome et éventration. Son histoire gynécologique est récente. Réglée abondamment jusque il y a six mois, avec quelques caillots.

Dans ses antécédents, on ne relève aucune maladie grave. A noter, cependant, une stérilité pour laquelle la malade n'a jamais consulté.

Il y a quelques mois, la malade a présenté des **pertes sanglantes abondantes**, qui se prolongèrent pendant 27 jours et rebelles à tout traitement médical.

En même temps, **apparition de douleurs** abdominales aiguës, à type de torsion, survenant par crises presque journalières.

Actuellement, ces crises sont pelviennes et ne sont accompagnées d'aucune leucorrhée entre les hémorragies.

Son **état général est médiocre**, asthénie marquée, sa température vespérale est de 37° 8.

L'**examen gynécologique** révèle un très gros utérus atteignant le volume d'une grossesse de 5 mois. Sa surface est véritablement truffée de myomes de taille variable, allant jusqu'à celle d'un pamplemousse. Certains sont très douloureux au palper.

Le toucher vaginal et le toucher rectal font percevoir ces masses dont certaines sont molles et douloureuses, mais libres dans le petit bassin. Le col est normal.

A noter une hernie inguinale et crurale bilatérale, apparue récemment.

Les autres examens de laboratoire montrent :

G. R. : 4 300 000.

G. B. : 12 000. poly-neutro. : 90 %.

V. S. : 71-110 mm.

Urée sg. : 0,45.

Urines troubles, culot abondant, rosâtre, très nombreux cristaux d'urates, rares cellules épithéliales. Culture stérile.

T. S. : 3°. T. C. : 10°.

Chez une femme présentant un utérus volumineux, fibromateux, accompagné de métrorragies et déficience de l'état général, on porte le diagnostic de **fibrome compliqué** : soit par torsion, soit par dégénérescence douteuse.

A l'intervention : fibromyomes, dont certains ont la taille d'une tête fœtale avec des noyaux ramollis, enclavés dans le ligament large ; aucune adhérence ne vient compliquer l'intervention.

On se contente d'une hystérectomie subtotale, rapide et facile, la paroi est fermée en trois plans.

A la coupe, les tumeurs intra-utérines se laissent facilement cliver. Certains fibromes sont ramollis, violacés, œdémateux.

Examen histologique : Léiomyosarcome certain.

Traitement radiothérapique post-opératoire : 44 séances.

La malade est revenue en juillet 1949, soit 5 mois après l'intervention.

Elle présente : 1^o Une tumeur de la région cervicale, avec un noyau qui paraît ressembler à un lipome, mais plus dur et légèrement douloureux à la palpation.

2^o Une tumeur de même nature, mais indolore, dans les parties molles superficielles de la région lombaire gauche, au-dessus de la crête iliaque.

Une radiographie du squelette ne montre pas de métastases osseuses.

Les tumeurs superficielles disparaissent après un traitement radiothérapique.

Le 28 septembre 1949 : Métrorragie peu importante, le col est dur, normal en apparence. L'examen ne révèle aucune lésion pelvienne.

La malade reçoit 400 mmg. de Testostérone.

Le 2 octobre 1949 : Métrorragie importante, hémorragie intestinale.

Après quelques jours, apparition de douleurs abdominales aiguës. L'état général est rapidement altéré.

Traitement symptomatique : sang et plasma. Sur la demande de la famille, la malade sort trois jours après.

Décès le 5 novembre 1949.



ÉTUDE CLINIQUE

Il n'y a, sans doute, **aucun signe de certitude** pour poser le diagnostic de sarcome de l'utérus.

Nous verrons que même les histologistes sont **hésitants**. Le clinicien et l'opérateur ont la possibilité de se tromper. Nous avons fait une erreur de diagnostic dans l'observation III elle-même ; nous n'avons pas dépisté le sarcome utérin. Nous pensions à une dégénérescence douteuse ou à une complication vasculaire, aussi nous sommes-nous contentés d'une hystérectomie subtotale.

S'il n'y a pas de signes de certitude, il y a néanmoins des symptômes inquiétants qui imposent le **doute** : une décision thérapeutique **rapide**, et une intervention rapide.

Une première règle doit être mise en évidence :

Tout fibrome qui fait parler de lui après la ménopause doit être tenu pour suspect et opéré.

Cette règle se confirme dans deux de nos observations :

Observation II : Ménopause depuis 5 ans, symptômes suspects depuis 2 mois.

Observation III : Ménopause depuis 6 mois, symptômes suspects très récents.

Il ne nous semble pas que d'autres facteurs étiologiques méritent d'être retenus.

Certains auteurs ont invoqué : **la stérilité**. En fait, chez nos malades stériles (observations II et III), les myomatoses ont seulement expliqué cette stérilité.

Notre autre malade était une multipare ayant eu des accouchements normaux et n'ayant jamais consulté au point de vue gynécologique.

Nous insisterons encore sur quelques points qui nous paraissent importants :

A) **L'évolution rapide de la tumeur utérine** : La malade de l'observation (II) avait été examinée un mois avant nous, par un excellent chirurgien, qui n'avait trouvé aucun signe anormal au toucher vaginal.

Or, notre examen révèle une masse du volume d'un utérus gravide de quatre mois, **douloureuse**, avec des zones **ramollies**.

Dans l'observation I, la malade était suivie depuis quatre mois, le premier diagnostic était **fibromyome** ; un traitement par la Testostérone avait été indiqué.

Or, malgré le traitement par les sels de Testostérone, cette tumeur avait atteint un volume tel qu'il fit soupçonner une grossesse de cinq mois et pratiquer une réaction de FRIEDMANN.

B) La métrorragie est habituellement le symptôme **inquiétant** pour la malade :

Après la **ménopause**, tout saignement est anormal. Dans presque toutes nos observations, il s'agit de métrorragies tenaces, capricieuses, avec des **paroxysmes**. (Un traitement antianémique et des transfusions furent toujours nécessaires avant l'intervention).

Ces métrorragies ont parfois été traitées par le Propionate de testostérone, qui a semblé n'avoir aucun effet, mais on connaît certains myomes banaux qui résistent aussi à cette thérapeutique. Et cet argument à la résistance thérapeutique androgénique a peu de valeur.

Ce symptôme a été rencontré 37 fois sur 57 observations par ANDERSON.

C) La **leucorrhée abondante et fétide** : Nous avons été frappés par ces signes dans les observations II et III. Ces pertes obligeaient les malades à porter une garniture permanente.

Il s'agissait d'une hydroporrhée permanente avec leucorrhée purulente périodique mêlée de sérosité sanglante.

Leur odeur était telle qu'elle surprenait dès l'entrée dans la chambre de ces malades.

Les antibiotiques n'avaient aucune action sur cette leucorrhée, ni sur sa fétidité, ni sur son abondance.

L'une de nos malades avait été traitée pour **métrite**, en raison de l'importance qu'elle attribuait à ce symptôme.

D) Les **phénomènes douloureux** : Si, dans l'observation I, aucun phénomène douloureux, aucun syndrome de compression, aucune névralgie n'attirait l'attention, par contre, les troubles douloureux étaient importants, même aigus chez les deux autres malades.

Nous avons vu les cas II et III en pleine crise occlusive, avec abdomen ballonné, rétention des matières et des gaz.

Ces crises douloureuses qui signaient une congestion certaine de ces tumeurs pelviennes, ces crises aiguës ne sont évidemment pas spécifiques des sarcomes, mais elles doivent toujours imposer le doute après la ménopause.

Il est à signaler, d'ailleurs, qu'en dehors de ces crises aiguës, aucun syndrome douloureux antérieur n'attirait l'attention.

Ces douleurs abdomino-pelviennes sont d'ailleurs classiques.

On les rencontre 27 fois dans la série de NOVAK et ANDERSON et 3 fois sur 5 par BOUDREAUX.

Ces auteurs signalent qu'il s'agit au début d'une simple sensation de pesanteur, d'abord fugace à la marche, à l'effort, puis qui devient persistante, constante et tenace.

BOUDREAUX a rencontré des douleurs paroxystiques faisant penser à une torsion de kyste de l'ovaire.

Nous n'avons observé que dans deux de nos observations des douleurs aiguës vives, qui nous ont orienté vers une complication aiguë de fibromyomes.

Dans la troisième opération, le symptôme **douleur** n'était pas notable.

E) **Atteinte de l'état général** : elle nous a paru un des symptômes importants dans deux observations.

L'**amaigrissement**, en particulier, a été très rapide et important ; en quelques mois, ces malades avaient perdu 8 à 11 kilogrammes.

La **fièvre** a été observée chez deux de nos malades. Cette température oscillait autour de 38°, sans clocher. Cet état fébrile n'était pas influencé par les antibiotiques.

L'**anémie**, peu importante, peut être expliquée par la déperdition sanguine.

BOUDREAU X a noté, deux fois sur cinq observations le symptôme : **fièvre**.

F) **Les examens de laboratoire** : ne nous ont pas semblés spécifiques.

Certains auteurs ont noté cependant l'élévation importante de la vitesse de sédimentation (jusqu'à plus de 100 millimètres à la **deuxième** heure).

Ce signe ne se rencontre jamais dans le fibromyome non compliqué, mais, par contre, peut être constaté dans des complications bénignes des fibromes : torsion, dégénérescence œdémateuse, ou dans des annexites associées.

L'**examen gynécologique** n'a, lui non plus, rien de spécifique. Il ne fait que constater la tumeur **abdomino-pelvienne**. L'importance de cette tumeur est très variable, nous les avons rencontrés deux fois très importantes (grossesse au quatrième ou cinquième mois), nécessitant une réaction biologique de grossesse pour l'écarter.

Nous avons constaté chaque fois une **tumeur bosselée** de consistance **hétérogène**, avec zones dures et zones ramollies, et surtout, des **zones douloureuses**.

Nous n'avons jamais observé de signes d'infiltration des paramètres. Aucun symptôme du côté des annexes.

L'**hystérographie** n'a aucun signe spécifique en objectant, soit :

1° Signes de myomes purs (observation I) ;

2° Signes d'hypertrophie muqueuse.

En somme, si la séméiologie peut être riche, il n'existe aucun **signe pathognomonique**.

Néanmoins, certains symptômes doivent être considérés comme anormaux dans l'histoire génitale d'une femme : et la coexistence en particulier d'un faisceau de symptômes, doit orienter le clinicien vers la malignité et doit faire refuser le traitement médical pour orienter vers une thérapeutique d'exérèse.

Retenons toutefois la fidélité de certains signes :

1° L'évolution rapide d'une tumeur pelvienne utérine, qu'il s'agisse d'un **myome connu**, suivi et même traité, ou d'une tumeur découverte à l'occasion d'un examen fortuit.

2° L'époque de la ménopause doit encore aggraver la suspicion lorsqu'il s'agit d'une poussée évolutive de myomes.

Théoriquement, comme l'écrit MOCQUOT le fibromyome utérin, à la ménopause, doit rester silencieux, être considéré comme « mort ». Chaque fois qu'un myome, connu ou découvert à ce stade, présente des syndromes douloureux ou s'extériorise par des ménométrorragies, ou une leucorrhée fétide, il faut songer à une congestion et à une transformation maligne possible.

3° L'atteinte rapide de l'état général : l'amaigrissement, la fièvre, nous semblent des signes particulièrement inquiétants chez une femme voisine de la ménopause. Cette pseudo-infection, cette fausse métrite, doit encore éveiller l'attention.

4° Enfin, d'autres symptômes nous semblent encore dignes d'être notés :

a) Les métrorragies tenaces, rebelles, abondantes, retentissant sur l'état général et résistant au repos, aux thérapeutiques habituelles et aux traitements par les androgènes.

b) La leucorrhée fétide abondante, rebelle à toute thérapeutique.



DIAGNOSTIC

Le diagnostic ne nous paraît pas possible, ni cliniquement, ni **radiologiquement**. Il est très difficile pour l'**histologiste** dans certains cas.

Nous ne passerons pas en revue tous les diagnostics qui peuvent venir à l'esprit du clinicien, soit en face :

- d'une métrorragie,
- d'une leucorrhée fétide avec état général touché.

Mais nous nous placerons en face du problème habituel de la femme ménopausée, porteuse de **fibromyomes connus ou méconnus**, qui consulte pour un ou plusieurs des grands syndromes qui nous ont paru inquiétants :

- Leucorrhée,
- Métrorragie,
- Fièvre,
- Atteinte de l'état général,

ou qui vient d'urgence pour un syndrome **péritonéal** ou un syndrome **subocclusif**.

Le premier diagnostic à faire, si la malade est vue pour la première fois, est de situer la tumeur pelvienne.

S'agit-il d'une **tumeur utérine** ou **annexielle** ou extra-génitale ?

En fait :

Le kyste de l'ovaire compliqué (torsion, hémorragie, kyste en dégénérescence), peuvent s'extérioriser par des troubles **péritonéaux** ou **occlusifs** aigus, subaigus ou chroniques, avec fièvre, leucocytose, vitesse de sédimentation élevée, mais il entraîne rarement l'atteinte rapide de l'état général (à moins de dégénérescence maligne de l'ovaire). Rarement il entraîne cette leucorrhée fétide si typique des tumeurs malignes endo-utérines.

Les **salpingites** aiguës peuvent se voir après la ménopause. Elles sont d'ailleurs rarement isolées et beaucoup de gynécologues en font avant tout un symptôme de lésion utérine et bien souvent un processus malin (TIXIER).

De toutes façons, l'intervention chirurgicale lèvera le doute, mais cette intervention peut elle-même ne pas lever le doute dans un certain nombre de complications des fibromes.

Il sera facile, le plus souvent, si le myome est connu, de songer à une complication de fibrome en face d'une tumeur pelvienne, qui s'accroît vite, qui devient douloureuse, qui se ramollit.

Or, il existe des **transformations bénignes**, heureusement les plus fréquentes, qui offrent un tableau semblable à celui que nous avons décrit.

La **dégénérescence œdémateuse**. — Pour une raison inconnue, à n'importe quel stade de son évolution, à tout âge, un **fibrome** voit son volume augmenter rapidement, il se ramollit, devient douloureux et s'extériorise

par un tableau **pseudo-péritonéal** aigu ou subaigu avec fièvre, et quelques fois des métrorragies minimales. Souvent, le diagnostic du chirurgien peut encore être hésitant. A la coupe, on observe une série de myomes, des taches gélatineuses, gelée de pommes, des caques irrégulières, rougeâtres.

Les histologistes ont d'ailleurs été aussi longtemps hésitants devant cette forme, à un tel point que VIRCHOW et COSTES ont vu dans cette forme, une dégénérescence myxomateuse. PICQ, PAVIOT et BERARD ont même cru à une dégénérescence sarcomateuse.

En fait, il s'agit de troubles ischémiques de causes encore mal connues.

La nécrose aseptique ou nécrobiose. — C'est aussi une complication fréquente. Il s'agit le plus souvent de fibromes sous-péritonéaux ou interstitiels, qui subitement se ramollissent, doublent ou triplent de volume, prenant une couleur rouge hortensia.

Ils présentent la même traduction clinique : crises douloureuses aiguës ou subaiguës, température, hémorragie, leucorrhée.

Cette oblitération de l'artère nourricière du fibrome se traduit à la coupe de la pièce opératoire par des taches brunâtres, caoutchoutées, ramollies, de contours irréguliers. Seule l'histologie tranchera le diagnostic.

La dégénérescence kystique du fibromyome est une des plus rares : elle peut également se traduire par la même séméiologie.

Il est aussi des **transformations septiques** dont on peut soupçonner aisément le tableau clinique simulant une dégénérescence sarcomateuse. Ce sont :

- Les suppurations des myomes (elles sont rares).
- Les transformations gangréneuses.
 - soit d'un fibrome sous-muqueux, pédiculé.
 - soit d'un polype sphacélé, par exemple.

Là encore, il ne faudra pas s'arrêter à ce diagnostic. Le polype sphacélé après la ménopause masque souvent une lésion utérine sous-jacente.

Enfin, sans parler de dégénérescence épithéliale, il faut signaler la coexistence du fibrome avec un épithélioma du col ou du corps.

L'épithélioma du col a une histoire tout à fait spéciale. C'est un diagnostic fait au spéculum, au colposcope et au microscope.

Le fibrome, par contre, peut masquer un **épithélioma du corps** et c'est l'hystérographie qui signalera l'anomalie endocavitaire associée au myome.

Quand au **léiomyome malin**, voisin du sarcome musculaire utérin, il est une variété de myome pur proliférant, dont l'histogénèse est même discutée, certains ne voyant dans cette forme qu'un sarcome banal de l'utérus.

Telles sont les complications des fibromes utérins, où les anomalies pathologiques qui peuvent faire errer le diagnostic, non seulement clinique et radiologique, mais même au cours de l'intervention, le chirurgien a le droit d'hésiter entre une dégénérescence bénigne et la possibilité d'un sarcome.

C'est l'histologiste qui aura, dans ce cas, le dernier mot.

TRAITEMENT DES SARCOMES UTÉRINS

La thérapeutique de cette affection n'est pas codifiée. Il n'existe aucune règle précise, aucune doctrine, aucune statistique importante dans les mains d'un seul chirurgien pour la simple raison, sans doute, de la rareté de la dégénérescence sarcomateuse.

La difficulté du traitement provient de l'ignorance fréquente du diagnostic pré-opératoire et même au cours de l'intervention, le chirurgien a le droit d'hésiter.

Aussi voyons-nous successivement proposer :

- Soit la chirurgie : hystérectomie subtotale ou totale.
- Soit la radiothérapie.
- Soit le traitement mixte **radio-chirurgical**, qui nous semble le principe le meilleur ou le plus logique.

Encore conviendrait-il de discuter de certains traitements hormonaux.

Le **traitement chirurgical** est le premier qui s'impose à l'esprit. Dans la majorité des cas, en effet, le chirurgien soupçonne la malignité du diagnostic. Les différents examens l'ont orienté habituellement vers un **épithélioma du corps utérin**.

L'hystérectomie totale est pratiquée. C'est l'intervention qui s'impose, qui est nécessaire et suffisante, semble-t-il, dans le **sarcome utérin**.

Faut-il envisager l'hystérectomie **élargie** dans le sarcome utérin ?

Autant la **lymphadénectomie** paraît logique et satisfaisante pour le néo du col utérin, autant elle paraît illusoire dans le cas présent. On sait que l'envahissement du sarcome ne se fait pas par de proche en proche, mais la dissémination se fait par voie sanguine, comme le prouve l'observation III. L'ablation du foyer sarcomateux suffit donc, en principe, si la barrière sanguine n'est pas franchie.

Certains semblent partisans, *a priori*, de l'hystérectomie **subtotale**. En fait, les statistiques rapportées par BOUDREAUX sembleraient prouver que cette intervention a des résultats supérieurs à la totale.

Sur les 33 opérées de HANDLEY et HOWKINS, on relève 44 % de succès. NOVAK et ANDERSON, sur 59 cas, rapportent 29 hystérectomies subtotaux avec 8 décès dans les cinq premières années, contre 9 totales avec 5 décès.

Par contre, d'autres auteurs, SCHJOTT-RIVERS, signalent la fréquence des récidives lorsqu'on se contente d'une hystérectomie subtotale.

En fait, il s'agit sans doute de cas tout à fait différents. L'hystérectomie subtotale a pu être faite en raison des lésions **limitées**. C'est le cas de notre observation I, où le diagnostic n'a pas été fait au cours de l'intervention, et l'hystérectomie subtotale a été pratiquée sur la présence de myomes volumineux, sans qu'on soupçonne la moindre dégénérescence. Il a fallu des coupes post-opératoires pour révéler au milieu de la pièce, une petite zone nécrotique que l'histologie a permis d'identifier.

Et si le résultat, après trois ans, est bon, c'est qu'il s'agissait d'une forme très limitée.

Dans l'observation III, l'hystérectomie **subtotale** a été faite aussi par méconnaissance du diagnostic.

L'intervention nous a révélé des myomes ramollis et nous avons encore cru à une simple dégénérescence œdémateuse.

Mais la tumeur n'avait pas dépassé les barrières utérines et il est permis de se demander si l'hystérectomie totale n'aurait pas entraîné un succès.

En pratique, il faut s'imposer la règle édictée par MOCQUOT et de LANGRE : après la ménopause, tout réveil d'un processus fibromateux doit entraîner l'hystérectomie totale.

L'hystérectomie élargie n'a pas de place dans cette affection.

Le Traitement radiothérapique. — Il a d'abord été le refuge des contre-indications chirurgicales : cardiaques, diabétiques, obèses.

SEITZ, en 1920, obtint d'excellents résultats avec la seule radiothérapie, ce qui a fait dire que le sarcome était sorti du domaine chirurgical.

BECLERE montre un peu plus tard l'aléa de la radiothérapie. Son action est imprévisible ; certaines tumeurs continuent de s'accroître et de donner des métastases, alors que d'autres fondent littéralement. BECLERE rapporte le cas d'une tumeur remontant à l'ombilic disparue en un an ; mais l'année suivante, malgré l'apparence saine de cet utérus revenu à son volume normal, la malade mourait avec des métastases vertébrales.

Une observation récente de METIVET montre l'action parfois néfaste de la radiothérapie. Il s'agissait d'un utérus fibromateux s'accompagnant de métrorragies. On fit un traitement radiothérapique à faibles doses, pour éviter la castration définitive de cette jeune femme (contre l'avis de METIVET).

Le volume de l'utérus croissant, les métrorragies persistant on intervint et on découvrit un sarcome. La malade mourait deux mois plus tard.

BOUNIEL montre l'inefficacité de la radiothérapie dans le sarcome lymphoblastique.

La **Curie-thérapie** seule paraît inefficace : REGAUD et LACASSAGNE n'obtinrent pas de résultats éloignés.

BOUDREAUX condamne aussi la radiothérapie.

Seule nous paraît discutable la radiothérapie post-opératoire. On a pu discuter la radiothérapie pré-opératoire, en vue d'arrêter les hémorragies, de diminuer l'infiltration utérine, d'opposer une barrière avant l'opération à la diffusion par voie sanguine. Elle est, par contre, à rejeter s'il y a infection, ce qui est fréquemment le cas et fait repousser la date de l'acte opératoire.

Chez nos trois malades nous avons pratiqué, dès la connaissance des résultats histologiques, des séances de radiothérapie locale (jusqu'à 4.000 r) et des séances de téléradiothérapie.

Pour juger en fait de l'action réelle des différentes thérapeutiques, il faudrait parler des mêmes cas, vus dans les mêmes conditions, au même stade de la vie génitale.

Le fibro-sarcome circonscrit au sein d'un myome volumineux peut certes, guérir définitivement par une simple hystérectomie subtotale.

Mais la prudence veut qu'en face de tout utérus suspect particulièrement après la ménopause, l'hystérectomie totale reste la règle, et si la biopsie confirme l'hypothèse du sarcome, la radiothérapie focale et la téléradiothérapie post-opératoire nous semblent logiques et profitables.



ÉVOLUTION - COMPLICATIONS - STATISTIQUES

Les sarcomes utérins sont des tumeurs à évolution rapide. En général, la malade meurt au bout de deux ans dans un état de cachexie.

Ces néoplasies comportent un haut degré de malignité et tendent à récidiver après l'intervention.

L'état général de ces malades est rapidement altéré par suite des hémorragies et pertes fétides. L'anémie et l'infection surajoutée aggravent le pronostic et hâtent l'exitus. Par des propagations de voisinage, la tumeur diffuse aux paramètres et donne lieu à des compressions des urètres. Il arrive que les ovaires soient envahis, mais c'est un fait assez rare.

Sur 33 autopsies, GESNER signale 15 fois des métastases pulmonaires.

10 cas de métastases hépatiques et 8 au niveau de l'intestin. Ces métastases se font par voie sanguine au bout d'un temps plus ou moins long, bien que les vaisseaux soient envahis précocement.

Il arrive que la propagation se fasse par voie lymphatique. RITTER signale un envahissement des ganglions rétro-péritonéaux, sans atteinte des paramètres.

Le sarcome peut entraîner la perforation de la paroi vésiculaire survenue au cours des métastases multiples d'un sarcome utérin.

Ces métastases se produisent d'autant plus vite que la tumeur est plus jeune.

Pour certains auteurs, les caractères de malignité varient avec le type cellulaire et augmentent avec la présence de cellules rondes et cellules géantes.

EVANS et EWING insistent sur l'importance de l'activité mitotique.

Pour HANDLEY, 80 % des malades présentant de nombreuses divisions cellulaires meurent rapidement, alors que ceux qui ne présentent pas de karyokinèses meurent seulement dans une proportion de 33 %.

En France, JACQUIN rencontra plusieurs tumeurs dont la malignité semblait douteuse et qui évoluèrent cependant vers une mort rapide.

L'existence d'une encapsulation de la tumeur présente une grosse importance. Elle peut faire espérer une guérison durable, si l'exirèse a été précoce.

MASSON donne 75 % de guérisons après intervention sur des sarcomes encapsulés.

KLAFTEN et NAVRATIL rapportent 85 % de succès pour 25 sarcomes inclus dans des fibromes.

La statistique de LECENE, portant sur 13 cas, montre 4 guérisons récentes et 3 éloignées dont une portant sur 4 ans 1/2.

KIMBROUGH accorde une malignité plus grande aux sarcomes primaires, alors que selon lui les fibromes transformés seraient 3 fois moins malins.

Le pronostic semble meilleur chez les sujets jeunes que chez les sujets âgés (KIMBROUGH).

En résumé :

Il est impossible d'établir un critère de malignité.

Des tumeurs bénignes en apparence évoluent rapidement vers la mort.

Seule l'encapsulation de ces néoplasies peut faire espérer une survie prolongée. A condition toutefois que la malade soit opérée précocement.

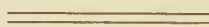
L'étude des différentes statistiques donne des pourcentages variables de survie après cinq ans.

VOGT, en 1923, donnait : 12,5 % de survie après 5 ans.

NOVAK et ANDERSON, en 1937 : 30 % de survie après 5 ans.

HANDLEY et HAWKINS, à la même date, donnaient : 16 % de survie après 5 ans.

Enfin, SCHJOTT-RIVERS, en 1949, donnent : 50 % de survie chez des malades ayant eu un traitement radiothérapique post-opératoire.



Conclusions

1^o Nous apportons trois nouvelles observations de sarcomes du corps utérin. Il s'agit de **léiomyosarcomes** et non de sarcomes muqueux.

2^o Nous n'apportons aucune précision sur l'étiologie de cette dégénérescence exceptionnelle du fibromyome utérin.

3^o Nous insistons sur son diagnostic particulièrement difficile tant au point de vue clinique que radiologique et histologique.

La pièce opératoire même, peut prêter à discussion avec les autres formes bénignes ou malignes de dégénérescence.

Néanmoins nous insistons sur quelques signes cliniques qui nous semblent fortement suspects et qui imposent la décision opératoire rapide.

4^o Le pronostic est imprévisible, cependant les formes bien circonscrites, encloses dans un gros myome, sans atteinte de l'état général, paraissent les plus bénignes.

5^o La thérapeutique n'est pas codifiée dans cette affection. Néanmoins il faut s'imposer comme règle : l'hystérectomie totale suivie de radiothérapie ou de téléradiothérapie.

Vu : Le Président de thèse,

Signé : CORDIER G.-J.

Vu : Le Doyen,

Signé : BINET

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : Jean SARRAILH

Bibliographie

- ANDERSON et EDMANSON. — Nord. Méd., Bd. 1, n° 4.
- AUGIER. — La gynécologie, avril 1912.
- BUNTEN J.-C. — Sarcome de l'utérus, Surg. Gyn. et Obst., 41-470, 1925.
- BOUDREAUX et DEBOUVRY. — Rev. Chir., 1941, n° 4-6, pp. 142-165.
- BOUNIOL. — Thèse Paris, 1937, n° 16.
- BERGERET et BRET. — Sarcome révélé par hémorragie intra-péritonéale, Jour. de Chir., 1949.
- BAZTERICA VELASCO SUAREZ et BARCAS. — Rev. méd. de path. fém., an. 7., n° 77, mars 1939.
- CHAVANNAZ et NADAL. — La Gynécologie, jan. 1920, T. XIX, p. 3.
- COHEN et CRAVOTTA. — Am. Jour. Obst. et Gyn., nov. 1948.
- COTTE M.-G. — Lyon Chir., 1923.
- CORSADEN J.-A. et STOUT A.-P. — Sarcomes de l'utérus, Am. Jour. Roent., 21-155, 1929.
- CALLENDER. — Trans. Lond. Path. Soc., 1838, T. IX, p. 327.
- VAN CAUWENBERGHE. — Les sarcomes utérins, Brux. Méd., 25 mars 1945, pp. 251-256.
- DANNREUTER W. — Léiomyosarcomes de l'utérus, J. A. M. A., 91-1532, nov. 1928.
- DAVIS G.-H. HOWE J.-S. et FRENSCH W.-G. — Am. Jour. of Obst. et Gyn., déc. 1948, 56 : 6.
- DELAVALT. — Thèse, Paris 1951, n° 160.
- DELANNOY E., GAUTIER P., DEVAMBEZ J. — Lille Chir., 6 : 32, mars-avril 1951, pp. 79-83.
- DUSTIN. — Cancer, Bruxelles, T. VI, 1929, pp. 134-154.
- EWING. — Néoplasie diesease, 1928.
- FRANÇAIS E., LEROUX R. — Rhabdomyosarcome de l'utérus, Sté Anat., Paris, 5 juin 1941.
- FINN W.-F. — Am. Jour. of Obst. et Gyn., St Louis, 60 : 6, déc. 1950, pp. 1258-1262.
- MAC FARLAND K.-T. — Am. Jour. of Obst. et Gyn., 59 : 6, juin 1950.
- GODDFRIEND M.-J. — New-York, S. J., of Méd., 50 : 9, 1^{er} mai 1950.
- GELLE P., VENDEVILLE Y. — Lille Chir., 6 : 32, pp. 75-78.
- GLANTENAY et MARIE. — Bul. Méd., Sté Anat., Paris 1898, p. 200.
- GUSSEROW. — Arch. für. Gynak., 1870.
- HAASE W. — Ztschr. f. Geb. u. Gynaek, 102-344, 1932.
- HANDLEY R.-S. et HOWKINS J. — Sarcome de l'utérus, Lancet, 2-1246, 1937.
- HERB. — Gyn. et Obst., mai 1940, vol. 10, n° 5, p. 467.
- HANSEN H.-W. — S. Af. Méd. Jour., 24 : 31, 5 aug., 1950.
- HYENNE. — Thèse, Paris, 1898.
- HUTCHINSON. — Trans. Lond. Path. Soc., 1837, T. VIII, p. 387.
- KARDASCH. — Am. Journ. of Obst. et Gyn., St Louis, 56 : 3, sept. 1948, pp. 409-616.

- KLAFTEN E., NAVRATIL. — Zent. für. Gyn., 58, 2170-2188, sept. 34.
- KIMBROUGH R. — Am. J. of Obst. et Gyn., 28 : 723, 1934.
- LEBERT. — Physio-Path., 1843, T. III, p. 155.
- LEROUX et PERROT. — Bul. Ass. Fse pour étude du cancer, T. XX, n° 4, 1931.
- LABRY, DUROUX, LAROYENNE. — Sté de Chir. de Lyon, 29 juin 1950.
- METIVET. — Méd. Acad. Chir., 1943.
- MENAUT J. — Sté de Chir., 1949.
- MONITORE. — Obst. Gyn., 21 : 2, mars-avril, 1950.
- MOCQUOT et DE LANGRE. — 21 : 2, Gynécologie, 1934.
- MURRAY et LITTLE. — Jour. of Brit. Emp., T. XXV, janv. 1914.
- MILLER R.-H. — New Eng. Jour. Méd., 198-927, 1925.
- MASSON J.-C. — Am. J. O. et G., 5-345, 1923.
- MEYER. — Path. Anat. der Geb. Weib. Gesch. echt Org. Bd. 7, pp. 349-620.
- MOENSCH Ch. — Am. J. of O. et G., pp. 435-436, sept. 1930.
- MOULONGUET et DOBKEWITCH. — Gyn. et Obst., pp. 411-418, mai 1930.
- NOVAK E. et ANDERSON D. — Am. J. O. et G., 34-470, 1937.
- NEWEL. — Am. J. O. et G., St Louis, fév. 1929.
- PERDRIGE. — Thèse, Paris, 1911, n° 32.
- PUECH A. — Sté des Sciences méd. et biol. de Montpellier, 9 avril 1948.
- PEYRON — Atlas du Cancer, Fasc. VII (Alcan Ed.).
- PUECH et MASSABUAU. — Prov. Méd., 9 mai 1908.
- PICQUAND. — Rev. de Chir. et Gyn., 10 juin 1905, pp. 337-346.
- PEAN. — Gazette des Hôp., 24 III, 1877.
- PICK. — Arch. f. Gyn., Bd. II, pp. 7.
- PLANSON M.-V. — Sté des Chir. de Paris, 17 avril 1942.
- REICH. — Am. J. of Roent. et Rad., Springfield, U.S.A., pp. 830-838.
- RICHTER K. — Der Krebsartz (Wien), an. 3, n° 3, mars 1948.
- REEL P.-J. — Annals O. Surg., 77-476, 1923.
- ROUSSY. — Ass. Fse pour l'étude du cancer (1 vol., Gauthier-Villars, Edit.).
- SCHJOTT-RIVERS. — Acta. O. Gyn. Scand., Helsingfors, pp. 418-436, 28 : 3-4, 1949.
- SWINTON N. — Surg. Clin. of Nort. Am., 1947.
- SUHL E. — Nord-Méd., n° 313, août 1945.
- South Af. Méd. Jour., 24 : 31, 5 août 1950, pp. 644-8.
- SEARIGET W. — South Af. Journ., 34-326, 1941.
- TERILLON. — Bul. Sté Chir. de Paris, 1889, p. 667.
- TREITE et MEISER. — Ant. F. Gyn., 64-593, 1940.
- UNBEHAUM G. — Klin. Wehr., 11-1152, 1932, n° 27.
- VOGT MARIETTA. — Am. J. of Obst. et G., 5-523, 1923.
- WOLFE S.-A. — Am. J. Obst. et G., 23-232, 1932.
- WILLIAMS W. — A. J. O., T. XXVIII, pp. 721-764.
- WILLIAMS R. — Brit. Gyn. J., 1897, T. XIII, p. 31.
- VIRCHOW. — Krankhatten Gesch., 1865.
- VON KAHLDEN. — Zeit. Betr. z. Anat. Path., Bd. XIV, p. 174.

Table des Matières

	Pages
Introduction	17
Historique	19
Anatomie Pathologique	21
Observation 1	23
Observation 2	25
Observation 3	29
Etude clinique.	31
Diagnostic	35
Traitement des Sarcomes utérins	37
Evolution, Complications, Statistiques	41
Conclusions	43
Bibliographie	45
